



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo de Fin de Grado

Enfermedad celiaca y depresión:
una mirada más allá de la dieta.

Autora: Yolanda Bachiller de la Cruz

Tutora: Pilar Palazuelos Puerta

Curso Académico: 2016-2017

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
MÉTODO	13
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFIA	31
ANEXOS	37

RESUMEN

La enfermedad celiaca (EC) es una enfermedad autoinmune considerada multisistémica. La presentación de la enfermedad varía y se manifiesta con síntomas diferentes dependiendo de la edad. Últimamente se han detectado nuevas condiciones en relación con el gluten existiendo un aumento en la prevalencia de la sensibilidad al gluten no celiaca (SGNC). Se ha relacionado la celiaquía con trastornos psiquiátricos, en particular trastornos del ánimo depresivos. La depresión es uno de los problemas más comunes en la sociedad actual y se ha encontrado relación entre ésta y las patologías relacionadas con el gluten.

OBJETIVO. Revisar la evidencia científica sobre la relación que existe entre la enfermedad celiaca o SGNC y depresión además de su abordaje por parte del personal de enfermería.

METODO. Se realizó una revisión narrativa consultando las bases de datos: PubMed, CINAHL, CUIDEN y PsycINFO.

RESULTADOS. Se incluyen un total de 23 artículos. La presencia de depresión en la EC y en la SGNC puede ser explicada por diferentes mecanismos como el retraso diagnóstico, la malabsorción y deficiencias vitamínicas, el cumplimiento o incumplimiento del tratamiento y la calidad de vida.

CONCLUSIÓN. A pesar de la asociación positiva de las alteraciones relacionadas con el gluten y la depresión, no existe unanimidad sobre las causas y se desconocen los mecanismos de asociación. El profesional enfermero debe de abordar de manera biopsicosocial a los pacientes con problemas con el gluten para mejorar en todos los ámbitos de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE. Enfermedad Celiaca, Celíaquía, Glútenes, Depresión, Enfermería, Atención de Enfermería.

ABSTRACT

Celiac disease (CD) is an autoimmune disease considered multisystemic. The disease varies and is manifested with different symptoms depending on the age. Recently, new conditions have been detected in relation to gluten, with an increase in the prevalence of non-celiac gluten sensitivity (NCGS). Celiac disease has been linked to psychiatric disorders, particularly depressive mood disorders. Depression is one of the most common problems in the current society, and relationship between depression and gluten-related pathologies has been found.

OBJECTIVE. Reviewing the scientific evidence about the relationship between celiac disease or NCGS and depression in addition to its approach by nurses.

METHOD. A narrative review was done consulting the databases: PubMed, CINAHL, CUIDEN and PsycINFO.

RESULTS. 23 articles have been included. The presence of depression in CD and NCGS could be explained by different mechanisms such as diagnostic delay, malabsorption and vitamin deficiencies, compliance or non-compliance with treatment and quality of life.

CONCLUSION. Despite the positive association between alterations in relation to gluten and depression, there is no consensus about causes and mechanisms of association are unknown. The nurse practitioner should approach patients with gluten problems on a biopsychosocial way to improve the whole disease.

KEY WORDS. Celiac Disease, Glutens, Depression, Depressive Disorder, Mental Disorders, Nursing, Nursing education,

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha visto un aumento en la población que se ve afectada por la enfermedad celiaca (EC). Esta enfermedad consiste en una enteropatía crónica autoinmune que se caracteriza por la intolerancia permanente a las proteínas del gluten de: trigo (gliadina), cebada (hordeína), centeno (secalina), y todas sus variedades e híbridos (1). En cuanto a la proteína del gluten de la avena, la avenina, no influiría en la patogénesis de la enfermedad si se encuentra en estado puro (2). Esta enfermedad se produce en individuos genéticamente predispuestos: personas que poseen genes que codifican los antígenos HLA clase II y sus marcadores habituales, el tipo DQ2 (90%) y el DQ8 (5-10%). Existen otros marcadores genéticos que pueden corresponder a los HLA clase I como son el MIC-A o el MIC-B entre otros, ya que existe una proporción de pacientes que son negativos para DQ2 y DQ8. Los familiares de primer grado tienen mayores posibilidades, entre un 6-12%, de padecer la enfermedad. Además, en los pacientes con EC se encuentra la presencia en sangre de los anticuerpos específicos: antitransglutaminasa tisular (ATGt-2), antiendomiso (EMA) y antigliadina deamidada (DGP), entre otros.

La EC puede afectar a todos los rangos de edad, incluida la edad anciana, más del 70 % de los nuevos casos son diagnosticados pasados los 20 años, aunque la incidencia más alta de seroconversión es entre los 12 y 36 meses de edad (5). Dependiendo de la edad, la presentación de la enfermedad varía y se manifiesta con síntomas diferentes (1) (ver Tabla 1).

La prevalencia global de la EC ha aumentado en los últimos 20 años llegando actualmente al valor de 1/160 (0,62%) aunque existen importantes variaciones entre países. En España el porcentaje es de 0,26% (2) y se cumple, al igual que en la población global, una mayor prevalencia en mujeres siendo 2:1 en comparación con los hombres (1,6).

Se ha considerado una patología digestiva debido a la inflamación crónica que se produce en la mucosa y submucosa del intestino delgado por la no degradación de las proteínas tóxicas del gluten uniéndose a las moléculas HLA y produciendo la respuesta inmunológica y humoral. Hoy en día, la enfermedad se considera autoinmune y multisistémica por presentar síntomas muy diversos y con diferentes procesos patológicos asociados (1,3,4). Muchos de los pacientes con EC tienen pocos síntomas gastrointestinales o presentan manifestaciones extraintestinales, mientras que la minoría tiene una presentación clásica de EC con malabsorción (5)

Tabla 1.- Manifestaciones clínicas de la enfermedad celiaca.

	Niños	Adolescentes	Adultos
Digestivas	<ul style="list-style-type: none"> -Diarrea -Anorexia -Vómitos -Dolor y distensión abdominal -Defectos del esmalte dental - Intolerancia a la lactosa 	<ul style="list-style-type: none"> -Frecuentemente asintomáticos -Dolor y distensión abdominal -Hábito intestinal irregular -Defectos del esmalte dental -Aftas orales 	<ul style="list-style-type: none"> -Frecuentemente asintomáticos -Dispepsia -Diarrea crónica -Dolor abdominal crónico -Síndrome de intestino irritable - Deficiencia de vitaminas liposolubles: A, D, E, K, B
Extradigestivas	<ul style="list-style-type: none"> -Irritabilidad -Apatía -Tristeza -Introversión -Malnutrición -Hipotrofia muscular -Retraso ponderoestatural -Anemia ferropénica - Autismo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cefalea -Artralgias -Irregularidades menstruales -Retraso puberal -Debilidad muscular -Talla baja -Anemia ferropénica -Dermatitis atópica 	<ul style="list-style-type: none"> -Dolores óseos y articulares -Artritis - Dermatitis herpetiforme - Eczema o psoriasis. -Osteoporosis -Parestesias, tetania -Ansiedad, depresión -Epilepsia, ataxia -Malnutrición -Hipertransaminasemia -Anemia ferropénica - Esquizofrenia -Alteraciones reproductivas - Infertilidad o abortos

Fuente: Adaptada de: Jiménez O.A.I, Martínez G.R.M, Quiles B.M.J, Majid Abu Naji J.A, González I.M.J. *Enfermedad celiaca y nuevas patologías relacionadas con el gluten. Nutr Hosp.*2016;33(4). (1), Leffler AD, Peter Green H. R. P, Fasano A. *Extraintestinal manifestations of coeliac disease. Gastroenterol. Hepatol.* 2015; 12. (7), Pelkowski D T, Viera J A. *Celiac Disease: Diagnosis and Management. Am Fam Physician.* 2014;89(2). (8).

Se puede clasificar la EC en diferentes tipos (9,6):

- EC con síntomas clásicos; se presenta habitualmente después de semanas o meses de la introducción del gluten en la dieta, entre los 6 y 24 meses de vida. Los síntomas suelen ser digestivos, alteración de crecimiento, hipotonía, a los que se suma una evidente disminución de la velocidad de aumento de peso. Los pacientes poseerán serología, histología y test genéticos compatibles con la EC.

- EC con síntomas no clásicos; suelen predominar las manifestaciones extradigestivas, existe un retraso en la aparición de la sintomatología. Se recomienda para su diagnóstico la realización de pruebas serológicas.
- EC silente; ocurre cuando en personas aparentemente sanas se encuentran hallazgos de una enteropatía sensible al gluten. Pueden presentar la mayoría síntomas, pero de baja intensidad.
- EC latente; se presenta en pacientes que tienen una mucosa intestinal normal y no presentan síntomas a pesar de consumir gluten, pero han podido padecer la enfermedad en el pasado, recuperándose tras el inicio de la dieta sin gluten (permanecen en estado sub clínico con dieta normal) o que desarrollen en el futuro la enfermedad. Es la forma más compleja de diagnosticar.
- EC potencial; en este caso los pacientes poseen una mucosa intestinal normal pero los anticuerpos AAE y/o anticuerpos contra tGT son positivos. Además de que presentan el típico genotipo HLA predisponente (DQ2 o DQ8). Tienen muchas posibilidades de padecer la EC posteriormente.

Es cierto que durante los últimos años se han detectado nuevas condiciones en relación a la ingesta de gluten (ver Tabla 2) como es la sensibilidad al gluten no celiaca (SGNC), patología que está aumentando en prevalencia, pudiendo afectar hasta al 6% de la población. Los signos y síntomas están relacionados con la ingesta de gluten, pero no se cumplen los criterios diagnósticos para EC o alergia al trigo. La clínica es muy similar a la de la EC, pero predominan las manifestaciones extradigestivas como: fatiga, migraña, erupciones cutáneas, depresión, anemia, dolores articulares, entre otros. El diagnóstico se realiza por exclusión instaurando una dieta sin gluten (DSG). Se valora la mejora de la sintomatología al retirar el gluten de la dieta y el empeoramiento tras su reintroducción ya que solo el 50 % presenta genes de susceptibilidad, elevación de anticuerpos antigliadina en sangre y no existen alteraciones en la biopsia intestinal. Estos pacientes podrían representar a celíacos potenciales y son parte de la heterogeneidad de la EC. (1,4)

Tabla 2.- Diferencias clínicas y fisiológicas de enfermedad celíaca, alergia al gluten, sensibilidad al gluten no-celíaca e intolerancia al gluten.

<u>Enfermedad Celíaca</u>	<u>Alergia</u>	<u>Sensibilidad</u>	<u>Intolerancia</u>
Síntomas intestinales y extraintestinales presente días, semanas o años después de la ingestión de gluten.	Síntomas intestinales y extraintestinales presente minutos u horas después de la ingestión de gluten	Síntomas intestinales y extraintestinales presente horas o días, después de la ingestión de gluten	Síntomas intestinales y extraintestinales presente horas o día, después de la ingestión de gluten
No hay correlación directa con la cantidad, pero la enteropatía está presente. Reversibilidad puede ocurrir, pero no se conocen los mecanismos	Pequeñas cantidades provocan síntomas. Eosinófilos en lámina propia. Anaflaxia al trigo y después del ejercicio puede ocurrir. En teoría la desensibilización es posible	Respuesta variable a diferentes cantidades de gluten. Aumento de linfocitos intraepiteliales, Aumento de basófilos en lámina propia	La cantidad de gluten en gramos determina la intensidad y puede ser reversible. No hay enteropatía de ninguna clase
Anti-Endomisio, antiTG, anti-gluten deamidado	Anti-IgE frente a componentes del trigo incluyendo omega-5 gliadina y cebada gamma 3 hordeína	Anti-IgG-AGA	Negativo
HLA-DQ2 y/o HLA-DQ8	No se conoce	No hay asociación	No hay asociación
Inmunidad innata y adquirida activada	Alergia Anaflaxia	Inmunidad innata	No existen mecanismos inmunológicos
A menudo enfermedades asociadas y autoinmunes	Enfermedades alérgicas	A menudo sensibilidad a otros alimentos	No se conocen

Fuente: Peña S.A, Rodrigo L. *Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten no celíaca*. En: Rodrigo L., Peña S.A. *Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten no celíaca*. Barcelona, España: OmniaScience: 2013.

Para diagnosticar la EC se utiliza el criterio de Catassi que consiste en valorar (1,3,10,11):

- La presencia de sintomatología clínica.
- Una determinación serológica en la que se determina la presencia de anticuerpos antigliadina (AAG) y anticuerpos antiendomiso (AAE) de tipo IgA o IgG.
- Un estudio genético que sea positivo en los genotipos HLA de tipo DQ2 y/o DQ8.

- Realizar una biopsia intestinal que tenga como resultado lesiones catalogadas según el criterio Marsh en los grados 1-3.
- La respuesta a la dieta sin gluten.

Se deben cumplir 4 de 5 o 3 de 4 si no se ha realizado el test genético para confirmar el diagnóstico de EC.

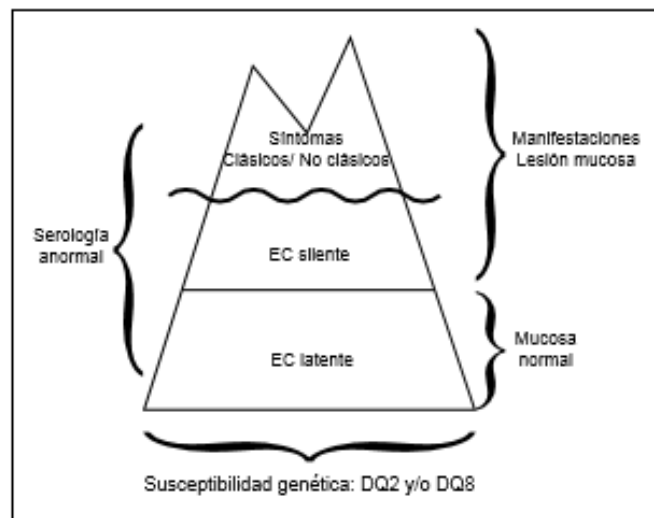
Existen enfermedades asociadas y grupos de riesgo en los que se presenta más habitualmente la celiaquía, como son en los casos de dermatitis herpetiforme, diabetes mellitus tipo I, déficit selectivo de IgA, síndrome de Down, enfermedad hepática, enfermedades de tiroides e intolerancia a la lactosa entre otras (6).

No existe actualmente ningún tratamiento farmacológico. La exclusión completa del gluten de la dieta es la única actitud terapéutica, manteniendo así una estricta y de por vida DSG por lo que las personas deben realizar un cambio en su estilo de vida en caso de ser adultas o aprender y adaptarse a realizar esta dieta desde que son niños en caso de una aparición en la infancia. (1,3,6,10,11). La recuperación histológica en adultos pueda tardar más de 2 años y en niños no se producirá antes de cumplir el año de tratamiento con DSG (10). Algunos pacientes pueden requerir suplementos vitamínicos o minerales durante el inicio de la DSG, en niños se recomienda la retirada de la lactosa temporalmente. (4)

Durante los últimos años ha existido un sustancial incremento de nuevos casos gracias a la mejora de las herramientas diagnósticas y al aumento de controles en las personas calificadas de riesgo. Aun así, la EC sigue siendo comparada con la figura de un iceberg en la que se representa el gran infradiagnóstico que existe (ver Figura 1). La proporción de EC diagnosticada y no diagnosticada varía también en función del país.

Muchos de los pacientes diagnosticados en el cribado no presentan ningún síntoma a pesar de poseer lesiones intestinales características de la enfermedad. Se confirma que el 50% de los nuevos diagnósticos presentan un curso clínico asintomático y con estos datos es probable que la mitad de la población no diagnosticada padezca la forma clínica asintomática. Se estima que por cada caso confirmado existen entre 5 y 10 casos no diagnosticados (1,5). Se detecta mayor población pediátrica diagnosticada con una prevalencia de 1,41% versus 0,28% de población adulta entre la que existe un infradiagnóstico según el estudio realizado en España en 2016 (2).

Figura 1.- Modelo del iceberg celiaco.



Fuente: Wilches L.A, Gómez López de Mesa C. *Enfermedad celíaca en niños*. Rev Col Gastroenterol. 2010;25(2): p. 205.

La edad media de los pacientes al recibir el diagnóstico en la población adulta es alrededor de los 40 años con un retraso en el diagnóstico de entre 3,12 y 9,7 años (2). Este retraso diagnóstico puede ser debido a que la presentación en adultos es extradigestiva, además de la aparición de nuevas situaciones clínicas de sensibilización al gluten como la SGNC en la que se pueden presentar síntomas gastrointestinales (dolor abdominal 68% y diarrea 33%), al igual que síntomas inespecíficos (síntomas cutáneos 40%, cefalea 35% mente confusa 34%, cansancio 33%, depresión 22% entre otros) que mejoran con la supresión del gluten de la dieta a pesar de no presentan anticuerpos específicos frente al gluten ni lesión histológica en la mucosa duodenal (4).

El diagnóstico tardío de la enfermedad suele relacionarse con complicaciones o patologías que no se desarrollan en los pacientes con diagnóstico adecuado como son osteopenia y osteoporosis, hipoplasia del esmalte dentario, depresión o abortos de repetición (12).

Durante los últimos años se ha relacionado la celiaquía con el sistema nervioso, produciéndose así trastornos neurológicos entre los que se han descrito encefalopatía progresiva, síndromes cerebelosos, demencia con atrofia cerebral, ataxia mioclónica o neuropatía periférica. En el área psiquiátrica se han encontrado principalmente alteraciones de la conducta, autismo, esquizofrenia, ansiedad y depresión (13,14). Conviene diferenciar el área psiquiátrica en: trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, impacto emocional y alteraciones de la conducta como fobia social o trastornos sexuales) y psiquiátricos (esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, autismo y trastorno del pánico)

en estas dos áreas existe una creciente evidencia de asociación con la EC (15). Como se ha descrito anteriormente, la mayoría de los casos de celiaquía corresponden a adultos con sintomatología inespecífica, de los cuales, el 22% presentan trastornos neurológicos o psiquiátricos. Además, al menos el 57% de los pacientes con disfunciones de este tipo de las que no se sabe el origen, dan positivo en los anticuerpos antigliadina (16).

Los síntomas en los enfermos celíacos no diagnosticado ni tratados son ansiedad, apatía, irritabilidad y comportamiento depresivo. También, entre los pacientes celíacos se encuentran desordenes psiquiátricos como: trastornos de adaptación (30.5%), trastorno distímico (8,3%), trastorno del pánico (13,9%), pero en particular se encuentra el trastorno de depresión mayor en un 41,7% de los celíacos estudiados (17).

En el caso de la SGNC, es más difícil de reconocer, ya que tiene como principal presentación las complicaciones psiquiátricas y neurológicas siendo como resultado poco diagnosticados y tratados (16).

La prevalencia de los trastornos mentales ha aumentado durante los últimos años. A nivel mundial un 14% de la carga global de las enfermedades corresponde a trastornos neuropsiquiátricos. Según el estudio ESEMeD, se describe que en España un 15,7% de los hombres y un 22,9% de las mujeres han sufrido en algún momento un trastorno mental (18,19).

La principal causante mundial de discapacidad es la depresión, además de contribuir de manera muy importante a la carga general de morbilidad, afectando a 300 millones de personas en el mundo. En España la prevalencia-vida es de 10,6%, y puede convertirse en un problema de salud importante sobre todo cuando es de larga duración e intensidad. A pesar de estos datos, un problema añadido al manejo de la depresión es que existe un infradiagnóstico e infratratamiento a nivel nacional e internacional (20,21).

Los dos criterios diagnósticos de depresión más utilizados son la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). (21)

Existen diferentes grados y tipos de depresión y se ha publicado recientemente la quinta edición de la clasificación de la American Psychiatric Association DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en la que se dividen los trastornos del estado del ánimo que se encontraban agrupados en el DSM-4 en “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares” (21).

Los trastornos depresivos se clasifican en (22):

- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo: accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente y/o con el comportamiento cuya intensidad o duración es desproporcionada.
- Trastorno de depresión mayor: se presentan 5 o más de los síntomas durante 2 semanas (ver Anexo I). Al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer. Los síntomas causan malestar clínico o social o en el funcionamiento significativo. No se atribuye a efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica. Nunca ha debido de haber un episodio maniaco o hipomaniaco.
- Trastorno depresivo persistente (distimia): Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente durante mínimo dos años. No presencia de episodio maniaco o hipomaniaco.
- Se encuentran otros trastornos en la clasificación: el trastorno disfórico menstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, trastorno depresivo debido a una afección médica, otro trastorno depresivo especificado (depresión leve recurrente, episodio depresivo de duración corta, episodio depresivo con síntomas insuficientes) u otro trastorno depresivo no especificado (22).

Durante los últimos años ha aumentado el interés en desarrollar modelos de atención a la depresión. El modelo de atención colaborativa es el más efectivo en comparación con la atención habitual. En este modelo, enfermería tiene un papel importante en el apoyo psicológico de los pacientes depresivos, ya que se promueve una atención multidisciplinar. Se facilitará la psicoeducación a pacientes y familiares, la implicación en el proceso al propio paciente y se realizará el seguimiento clínico mediante una evaluación de la adherencia al tratamiento y de los efectos adversos. En esta atención colaborativa a la depresión, los profesionales enfermeros son los encargados de comunicar toda esta información al médico responsable del paciente y coordinar los cuidados del paciente entre los servicios de atención primaria y especializada (21).

Tanto la enfermedad celiaca como la depresión son enfermedades muy comunes actualmente en el mundo, y al confluir el gran infradiagnóstico de ambas existe un riesgo mayor de que una de ellas pase desapercibida entre el resto de las enfermedades y alguna de estas patologías no sea diagnosticada.

Teniendo en cuenta que la depresión puede estar presente tanto en pacientes con EC como con SGNC el objetivo de este trabajo es revisar la evidencia científica sobre la relación que existe entre la enfermedad celiaca o SGNC y depresión además de su abordaje por parte del personal de enfermería.

MÉTODO

Se ha realizado una revisión narrativa consultando las bases de datos: PubMed, CINAHL, CUIDEN y PsycINFO.

Para realizar dicha búsqueda se han empleado los descriptores de ciencias de la salud (Decs): “Enfermedad celiaca”, “Depresión”, “Enfermería”, “Atención de Enfermería”; los tesauros de lenguaje controlado (Mesh): “Celiac Disease”, “Glutens”, “Mental Disorders”, “Depression”, “Depressive Disorder”, “Major Depression”, “Psychophysiologic Disorders”, “Psychophysiology”, “Nursing”, “nursing [Subheading]”, “Nurses” “nursing care”, “nursing education”; los tesauros de PsycINFO: “Depression (Emotion)”, “Recurrent Depression” y algunas palabras en texto libre como “Celiaquia”, “nurse”. Todos ellos combinados con los operadores booleanos AND y/o OR(ver Tabla 3).

Criterios de inclusión

- Estudios cuantitativos, cualitativos y revisiones que se refieran a los trastornos psiquiátricos en la enfermedad celiaca o en SGNC y en la que esté presente la depresión.
- Presencia de análisis de niveles de depresión o trastornos del ánimo.
- Población adulta diagnosticada o no de enfermedad celiaca y/o SGNC.
- Artículos tanto en español como en inglés publicados entre los años 2012 y 2017.

Criterios de exclusión

- Artículos cuyo tema central no sea la enfermedad celiaca y la SGNC.
- Traten como tema central cualquier otra enfermedad relacionada con la celiaquia que no sea depresión o trastornos del ánimo depresivos.

Para la selección de los artículos se realizó inicialmente una primera lectura del título y resumen. Posteriormente se intentó recuperar los artículos a texto completo y por último se realizó una lectura de los mismos siendo seleccionados un total de 23 artículos.

Tabla 3.- Estrategia de búsqueda.

Base de datos	Palabras clave	Resultados
PubMed	("Mental Disorders"[Mesh]) AND "Celiac Disease"[Mesh]	57/4
	"Glutens"[Mesh] AND "Depression"[Mesh]	9/3
	Celiac disease AND Depression	63/ 13
	"Glutens"[Mesh] AND "Depressive Disorder"[Mesh]	1/0
	((("Depression/nursing"[Mesh]) AND "Depressive Disorder/nursing"[Mesh]) AND "Celiac Disease/nursing"[Mesh]	0
	((("Depression"[Mesh]) AND "Depressive Disorder"[Mesh]) AND "Celiac Disease/nursing"[Mesh]	0
	((("Depression/nursing"[Mesh]) AND "Depressive Disorder/nursing"[Mesh]) AND "Celiac Disease"[Mesh]	0
	((("Depression/nursing"[Mesh]) AND "Depressive Disorder/nursing"[Mesh]) AND "Celiac Disease"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh]	0
	("Depressive Disorder"[Mesh] OR "Depression"[Mesh]) AND "Celiac Disease"[Mesh]	19/ 1
	("Mental Disorders"[Mesh]) AND "Celiac Disease"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh]	0
	"Glutens"[Mesh] AND ("Nursing"[Mesh] OR "nursing"[Subheading]) AND "Depression"[Mesh]	0
	Celiac disease AND Depression AND Nursing	0
CINHAL	(MH "Celiac Disease") AND (MH "Depression")	9/0
	(MH "Celiac Disease") AND (MH "Depression") AND (MH "Nurses")	0
	(MH "Coeliac Disease+") AND (MH "Depression+") AND (MH "Nurses")	0
	(MH "Celiac Disease/NU") AND (MH "Depression/NU")	0

	(MH "Celiac Disease") AND (MH "Psychophysiologic Disorders")	1/0
	(MH "Celiac Disease") AND (MH "Psychophysiology")	0
	(MH "Celiac Disease") AND (MH "Mental Disorders")	0
	(MH "Celiac Disease") AND (MH "Mental Disorders") AND (MH "DSM") AND (MH "Psychophysiologic Disorders") AND (MH "Psychophysiology")	0
	(MH "Gluten") AND (MH "Depression")	4/0
	Gluten AND Depression	10/0
CUIDEN	Enfermedad celiaca AND Depresion	4/0
	Celiaquia AND Depresion	1/0
	Enfermedad celiaca AND Depresion AND Enfermeria	1/0
	Enfermedad celiaca AND Depresion AND Atencion de enfermería	0
PsycINFO	DE "Celiac Disease" AND DE "Major Depression" AND DE "Depression (Emotion)" AND DE "Recurrent Depression"	0
	(DE "Celiac Disease" AND DE "Major Depression" AND DE "Depression (Emotion)" AND DE "Recurrent Depression" DE) AND ("Nurses" OR DE "Nursing")	4/0
	Celiac disease AND depression AND nursing OR nurse OR nursing care OR nursing education	0
	(DE "Celiac Disease") AND (DE "Mental Disorders" AND DE "Psychopathology")	0
	Celiac disease AND Depression	21/2
	Celiac disease AND Mental Disorders	5/0

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Tras la búsqueda realizada se obtuvieron un total de 23 artículos (ver Anexo II). Después de su lectura se establecieron 2 categorías de análisis ya que varios de estos abordaban el mismo tema. Esta distribución de los artículos se ha considerado pertinente debido a que ayuda a organizar la información.

1. Depresión en la enfermedad celiaca

La presencia de depresión en la EC puede ser explicada por diferentes mecanismos:

Retraso diagnóstico

Khoshbaten et al. (23), en su estudio realizan una serología para EC en pacientes que sufren depresión, obteniendo una mayor prevalencia de celiaquía en estos pacientes que en el grupo control sin depresión. A pesar de estos resultados, no consideran la relación estadísticamente positiva, por lo que no recomiendan un screening masivo de EC a los pacientes con depresión.

Contrariamente, según Campagna et al. (24), una EC no diagnosticada puede predisponer a sufrir enfermedades psiquiátricas y problemas de comportamiento, con lo que habría que considerar la depresión como un posible diagnóstico de EC en todos los grupos de edad.

Continuando en esta línea para Carta et al. (25) los pacientes con EC tienen un riesgo 5 veces mayor de padecer a lo largo de la vida un diagnóstico de trastorno de depresión mayor que los controles sanos. Sus resultados recomiendan realizar un screening de EC a personas con trastornos emocionales y depresivos que tengan síntomas relacionados con la EC o antecedentes familiares.

Deficiencias vitamínicas y malabsorción de otras sustancias

Diversos autores, como Zingone et al. (26), Campagna et al. (24) y Porcelli et al. (27) en sus trabajos, detectan niveles de triptófano y otros precursores de monoaminas en plasma más bajos y niveles también más bajos de serotonina, dopamina y metabolitos de noradrenalina en el líquido cefalorraquídeo en pacientes celiacos no diagnosticados. Concluyen que una de las causas por las que se padece depresión antes del diagnóstico de EC es la hipoperfusión cerebral que se produce como consecuencia de malabsorción intestinal, hiperhormocistinemia y deficiencias vitamínicas. Ocurre lo mismo con los

pacientes que no siguen el cumplimiento de la dieta, manteniendo la malabsorción y como consecuencia, sufriendo deficiencias nutricionales (B6, B12 y ácido fólico).

Campagna et al. (24) haciendo referencia en su trabajo a Delgado et al., sugieren que debido a la excesiva secreción de citoquinas por la activación del sistema inmunológico crónico, existe un aumento de la hiperactividad del eje hipotalámico-hipófisis-adrenal que se asocia con la depresión mayor.

Van Hees et al. (28) concluye que, durante la DSG se ingieren cantidades menores de proteínas vegetales, pero no existe diferencia en la ingesta de aminoácidos con los controles sanos, a pesar de ello, los niveles de valina, isoleucina, leucina, tirosina, fenilamina y triptófano en suero son menores en pacientes celíacos. Cuando se centra en los pacientes celíacos con trastorno depresivo mayor, los aminoácidos tomados en la ingesta y los valores en suero son más bajos que los de pacientes con EC sin trastornos psiquiátricos, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Esto conduce a una menor disponibilidad en el cerebro de dopamina y norepinefrina que afectará a los trastornos del ánimo. En este mismo trabajo se encuentra en los pacientes celíacos una correlación baja entre la ingesta de ácidos grasos y las concentraciones séricas de ácidos grasos. Esta relación de los ácidos grasos con la EC ha sido también estudiada en otro trabajo de Van Hees et al. (29), donde no se encuentran diferencias entre la ingesta de ácido eicosapentaenoico (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA) entre controles sanos y pacientes celíacos con depresión o no, a pesar de seguir la DSG. Pero sí hay diferencia en el nivel en suero de DHA, aunque ésta no es relevante entre los pacientes celíacos con y sin depresión. Concluyen que la ingesta de ácidos grasos no se relaciona como causa del trastorno de depresión mayor en pacientes celíacos.

Cumplimiento del tratamiento y calidad de vida.

Algunos artículos estudian si la adherencia a la dieta a largo plazo produce mejora o no en los síntomas depresivos en pacientes celíacos. En el trabajo de Campagna et al. (24) se encuentra que, a pesar de tener una larga adherencia a la dieta, los síntomas depresivos están presentes a lo largo de la vida en al menos un tercio de los pacientes con EC.

Por otro lado, en otros artículos existe controversia sobre si la adherencia a la DSG produce mejora o no en los niveles de depresión de los pacientes celíacos. En los trabajos de revisión de Porcelli et al. (27) y Zingone et al. (26) informan que no todos los autores tienen unanimidad sobre este tema. Algunos de los autores citados encuentran que la

depresión estaba presente en el diagnóstico de EC, pero persiste o empeora en pacientes con DSG. Igualmente, otros concluyen que persiste depresión después de un año de DSG. Mientras, algunos estudios mencionados en estos trabajos, afirman que no existen diferencias en cuanto a depresión entre pacientes con DSG y población general. En ellos no se presentó ninguna evidencia de que la depresión venga precedida por la adherencia a la dieta, la presencia de enfermedades asociadas o el retraso en el diagnóstico de EC. Contrariamente, se evidencia por parte de otros autores que los síntomas depresivos eran más comunes en EC no tratada y que había una mejora de los síntomas psicológicos después de unos años de tratamiento con DSG.

Continuando con la línea de mejora tras la instauración del tratamiento, Arigo et al. (30) llegan a la conclusión de que una mejor adherencia a la DSG está relacionada con un incremento de vitalidad y reducción de estrés, así como una reducción de los síntomas depresivos y del impacto en los problemas emocionales diarios. Siguiendo esta línea, Van Hees et al. (31), en su trabajo realizado sobre 2265 adultos encuentran altas tasas de depresión en pacientes celiacos. Además, concluyen que los niveles de depresión disminuían en los pacientes con EC y adherencia a la DSG durante más de 5 años en contraposición a una adherencia de menos de 2 años.

Según Barratt et al. (32) los pacientes celiacos que padecen depresión tienen más síntomas en respuesta a una exposición ocasional a la dieta con gluten en comparación con pacientes celiacos con otra enfermedad psiquiátrica. Así, concluyen que los síntomas psicológicos pueden modificar la duración, tipo y gravedad de los síntomas físicos de la EC. Continuando con la asociación de síntomas gastrointestinales con síntomas psicológicos, Martínez et al. (33) exponen que al instaurar la DSG durante al menos 6 meses existe una disminución de los síntomas gastrointestinales y una mejora de los valores psicológicos, en concreto de la depresión, concluyendo que la sintomatología gastrointestinal estaría involucrada en la aparición de los trastornos psicológicos. Esta teoría se confirma por parte de Sainsbury et al. (34) afirmando que los síntomas gastrointestinales graves están asociados a un aumento de la depresión.

Para Arigo et al. (30), en su estudio realizado sobre mujeres celiacas, las que cumplen la dieta tienen menos ansiedad y a su vez padecen menos gravedad en los síntomas de la EC. Las pacientes que experimentan frecuentes síntomas de EC, presentan mayor depresión y dolor, al igual que un aumento de las dificultades en el funcionamiento social y emocional teniendo además, más riesgo de desarrollar problemas psiquiátricos que

precisan atención clínica. Señalan que, a pesar de seguir las indicaciones de la dieta, se necesita también atención al funcionamiento psicosocial. En este estudio se asocia la correcta adherencia a la DSG con una mejora de la ansiedad e incremento de la vitalidad. Además, se demuestra que cuanto más grave es el trastorno psiquiátrico de depresión, las pacientes tienen menor adherencia a la dieta, los síntomas son más graves, tienen más percepción de estrés y menor calidad de vida física y emocional en comparación con las mujeres que están por debajo del corte clínico para padecer depresión. Corroborando esta teoría, otro estudio de Sainsbury et al.(35), también afirma que la depresión tiene un efecto negativo para la adherencia a la dieta. Además, este estudio añade que, según el estado psicológico del paciente, se podrán predecir las intenciones de comportamiento y la adherencia a la dieta sin gluten.

Según Melicharova et al. (36) la falta de diagnóstico, sobre todo de la EC no clásica, produce una reducción la calidad de vida de los pacientes con síntomas inexplicables como cansancio y/o fatiga. La vida diaria del enfermo celiaco es un área importante a la que se debe prestar atención por las limitaciones significativas que implica la DSG. Al menos la mitad de los pacientes sufren depresión como resultado de la EC. El conocimiento de los aspectos psicológicos y las posibles intervenciones posteriores pueden mejorar la aceptación y el cumplimiento de la dieta, esta información debe ser dada en una calidad y cantidad apropiada según el paciente. El momento del diagnóstico es un momento positivo y de alivio para el paciente ya que dan respuesta a los inexplicables síntomas que padecen aunque, Rose y Howard (37) afirman que los pacientes pasan por un periodo triste antes de la aceptación de la enfermedad. Durante los primeros meses en los que se siente el alivio del diagnóstico, aparecen también los primeros sentimientos negativos entre los que se encuentra la depresión. Estos mismos autores, afirman que los sentimientos negativos vienen causados mayormente por la instauración de la DSG. Esto se confirma también por parte de Van Hees et al. (31) ya que en su estudio obtiene que el 74% de los pacientes tuvieron su primer episodio de depresión con la introducción de la DSG.

Se encuentran también varios artículos que se refieren a la calidad de vida en la EC. En el trabajo de Zingone et al. (26) se evidencia que existen resultados dispares sobre si la adherencia a la DSG mejora o no la calidad de vida en los pacientes celiacos, mejora en pacientes sintomáticos, pero no así en pacientes sin síntomas gastrointestinales. En otros estudios citados por estos autores reflejan que hay mejora de forma global,

independientemente de la sintomatología y en otros, que hay un empeoramiento de la calidad de vida con la adherencia a la dieta. Sin embargo, a pesar de los resultados dispares, sí que existen evidencias de las dificultades para vivir con EC; en concreto existen estudios que miran el impacto en la condición física, emocional y social.

Según Melicharova et al. (36) mencionando el trabajo de Black y Orfila, el mayor impacto negativo de los pacientes con EC es percibido en las actividades sociales. Continuando con esta teoría, según Campagna et al. (24), una razón para sufrir depresión puede ser que, debido al estricto régimen dietético, los celíacos evitan situaciones sociales que implican experiencias con comida. Además, pueden tener niveles de estrés psicológico y conducir a depresión debido a factores como las dificultades diarias que puedan encontrarse por las restricciones en la dieta, las respuestas negativas a la misma, el entorno social y la continua preocupación por los posibles errores y resultados negativos en la dieta.

Por otro lado según Ford et al. (38) una respuesta emocional baja a la enfermedad y una menor identidad de estar enfermo, así como una percepción débil sobre las graves consecuencias de la EC se asocian con una mayor calidad de vida, bienestar psicológico y general, y autoeficacia para la dieta de los pacientes. Con una buena adherencia a la dieta los pacientes se sienten más seguros de sí mismos y con capacidad de manejar la EC y sus síntomas.

Según Rose y Howard (37), la EC afecta negativamente a los pacientes debido al cambio de identidad que sufren durante el periodo de aceptación de la enfermedad. Además, les afecta la ignorancia y el desconocimiento social de la enfermedad, por el contrario, apoyar socialmente al paciente creando una comunidad celiaca, así como educar a la sociedad sobre esta enfermedad reduce el aislamiento. La EC tiene efectos psicosociales, particularmente en cuanto a pérdidas e identidad. Los pacientes celíacos pueden beneficiarse de las intervenciones psicológicas que les proporcionan espacio para expresar y reflexionar sobre los cambios significativos de estilo de vida, y sobre la autogestión que la dieta implica.

Según Sainsbury et al. (34), después de realizar dos estudios en un mismo trabajo, demuestran que, padecer síntomas psicológicos y la adherencia a la DSG está más asociado con la reducción de la calidad de vida que los síntomas gastrointestinales. Concluyen que el factor que tiene mayor relación con la reducción de la calidad de vida es la depresión y por tanto los factores psicológicos deberán ser considerados por encima

de los síntomas gastrointestinales siempre que se hable de la calidad de vida de estos pacientes. Además, se deben reducir las malas estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes celíacos ya que tienen un impacto negativo en la calidad de vida sugiriendo que la gestión de la EC debería incluir la prestación de servicios de habilidades de afrontamiento, además de estrategias puramente dietéticas para minimizar síntomas gastrointestinales.

Igualmente se confirma por parte de Arigo et al. (30), que el incremento de síntomas depresivos está asociado con mayor percepción de estrés y ambos se asocia con baja calidad de vida además de presentar una disrupción en los múltiples ámbitos de la vida diaria. Finalmente se menciona que fomentar la relación con otros pacientes para poder compararse con ellos, tiene efectos positivos en los resultados psiquiátricos y médicos en pacientes con enfermedad crónica como la celiaquía. Siguiendo en la misma línea, para Carta et al. (25) los celíacos tienen una calidad de vida mucho menor que los controles sanos y la comorbilidad de la EC con alguno de los trastornos depresivos disminuye aún más la calidad de vida de la misma manera que si se padeciera cualquier otra enfermedad crónica grave. Además, los trastornos psicológicos no solo deben ser tratados sino prevenidos en pacientes con EC.

En el estudio de Chiu et al (39), se verifica la asociación que existe entre la EC y la depresión y con las enfermedades autoinmunes. Según Garud et al, y Carta et al. citados por Zingone et al.(26) y Campagna G. et al. (24), la enfermedad autoinmune de tiroides y la diabetes mellitus I en comorbilidad con la EC es una de las causas para padecer depresión. Van Hees et al. (31) corrobora que tener una enfermedad en comorbilidad con la EC aumenta el riesgo de padecer depresión en comparación a no padecer ninguna comorbilidad. Se asocia de manera significativa las diferentes categorías de depresión con la enfermedad crónica pulmonar y el hipotiroidismo. Además, si se padecen más de una enfermedad en comorbilidad, existe un doble riesgo de tener depresión.

En el trabajo de Smith y Gerdes (40), la depresión que se sufre en la EC no difiere de la que se puede sufrir en cualquier otra enfermedad crónica.

Existen diferencias en la EC entre hombres y mujeres. En el trabajo de Rubio-Tapia et al.(41) las mujeres son diagnosticadas a una edad más temprana; en ellas se presentan ciertos síntomas gastrointestinales en mayor proporción y tanto las enfermedades autoinmunes como la depresión se les diagnostican más. Esto se confirma en los trabajos de Rose y Howard (37) y Van Hees et al. (31) según los cuales la presencia de depresión

es mayor, ya sea remitida o actual, en mujeres que en hombres celiacos. Además, ellas experimentan emociones más negativas que ellos, pero con el tiempo aceptan mejor la DSG.

Continuando con las diferentes afecciones de la enfermedad según el género, Black y Orfila mencionados por Melicharova et al.(36) y Ford et al. (38), confirman que las mujeres tienen más afecciones emocionales por la EC que los hombres, poseen un nivel de bienestar psicológico más bajo, utilizan diferentes estrategias de afrontamiento y consideran la enfermedad más restrictiva socialmente, evitando en más ocasiones situaciones sociales como ir a un restaurante. Pero esta mayor afección emocional no se confirma como una reducción de la calidad de vida en las mujeres.

2. Depresión en la sensibilidad al gluten no celiaca

Porcelli et al. (27), no encontraron en su trabajo ninguna revisión sistemática sobre SGNC y los trastornos del estado de ánimo, a pesar de conocerse la asociación entre ambas patologías. Esta asociación entre los trastornos psiquiátricos y la SGNC no tiene siempre resultados concordantes, básicamente debido a que, a pesar de tener datos sobre la SGNC, las características de este trastorno no están completamente estandarizadas y no hay marcadores serológicos para su diagnóstico.

Silvester et al. (42) compara pacientes celiacos con pacientes que no lo son y los cuales siguen una DSG por SGNC, a pesar de no estar diagnosticados, o creen en un “estilo de vida saludable”. Se encontraron reacciones emocionales positivas y negativas en relación a la DSG, habiendo más reacciones positivas en los pacientes con SGNC, demostrando menos enfado y menos depresión que los pacientes con EC. Hubo mayor deterioro en las relaciones sociales y estilo de vida en los celiacos que en el grupo sin EC. Además, los pacientes que no son celiacos acuden menos a solicitar información al personal sanitario sobre la DSG que los pacientes diagnosticados de EC.

Peters et al. (43) realizaron un estudio doble ciego sobre pacientes con SGNC en el cual el 90% obtienen un estado de depresión igual o mayor con la ingesta de gluten en comparación con la ingesta de placebo. No se encuentran diferencias en cuanto a los niveles de cortisol en saliva ni en cuanto a síntomas gastrointestinales, por ello los autores concluyen que la respuesta emocional negativa que sufren los pacientes con SGNC ante la ingesta de gluten, puede ser la respuesta a porqué se sienten mejor con una DSG. Una corta exposición al gluten produce síntomas de depresión, contemplando que la retirada

del gluten incrementa la mejoría del estado mental en mayor medida que en los síntomas gastrointestinales.

Di Sabatino et al. (44) en su estudio, observa un aumento de los síntomas generales intestinales y extraintestinales en los pacientes susceptibles de tener SGNC al seguir una semana de ingesta de gluten en comparación con la ingesta de placebo. Concluyen que los síntomas extraintestinales que empeoraron más con el gluten en comparación con el placebo fueron: mente borrosa, aftas y depresión.

En el estudio que hacen Brottveit et al. (45), la población con SGNC posee niveles más altos de síntomas abdominales y no abdominales que la población con EC, y estos dos grupos poseen más síntomas y mayores niveles de somatización que los controles sanos. Los pacientes con SGNC responden con más síntomas gastrointestinales a la prueba del gluten que los celíacos. En relación a la calidad de vida, no se encuentran diferencias entre EC y SGNC, siendo esta más baja que en los controles sanos. El nivel de depresión entre celíacos y pacientes con SGNC es muy similar, y no se encuentran diferencias significativas en comparación con los controles sanos.

DISCUSIÓN

Según la revisión realizada, en todos los artículos se confirma un mayor porcentaje de depresión en la EC que en los controles sanos. Existen pocos estudios que indaguen sobre las posibles causas de depresión en la celiaquía y estos suelen tener un pequeño tamaño muestral. Se presentan dificultades para comparar los estudios, debido a que no existe un método estandarizado para medir la depresión en los pacientes celíacos y tampoco cuestionarios específicos para medir la calidad de vida. A pesar de las diferencias existentes en los trabajos encontrados en cuanto a poblaciones, metodología aplicada y resultados, se puede afirmar que hay suficiente coincidencia en cuanto a que la depresión se presenta con mayor frecuencia y severidad entre los pacientes celíacos que en la población general. Esta asociación se ha ido determinando a lo largo de los años, y los autores intentando buscar una relación causal entre la depresión y la celiaquía, no han encontrado una única causa directa (4). Que exista tanta disparidad en los resultados puede ser debido a que las metodologías utilizadas son distintas, las muestras son dispares y que no existen suficientes estudios específicos que den resultados concluyentes en cuanto a las causas de la depresión en la EC.

Desafortunadamente no existe una única causa que se relacione con padecer depresión durante la EC o la SGNC. Según los resultados, algunas de las causas que se apuntan para la aparición, permanencia o desaparición de la depresión en la EC son: el retraso diagnóstico, la malabsorción, el cumplimiento o no de la dieta y la reducción de la calidad de vida.

En primer lugar, es importante explorar el área psicológica en las enfermedades y manifestaciones asociadas a la EC y a la SGNC porque los pacientes pueden estar padeciendo depresiones silentes. Pero, además, la depresión se confirma como una manifestación para diagnosticar EC (46,47), con lo que habrá que explorar un posible diagnóstico de EC o SGNC en los pacientes que padecen depresión y no responden a terapia antidepresiva habitual, tienen antecedentes familiares, sintomatología inespecífica de celiaquía o alguna enfermedad asociada a la EC. Esta falta de diagnóstico temprano puede complicar el curso clínico de ambas patologías (11,13).

A pesar de la disparidad, parece estar avalado que siendo la depresión una de las manifestaciones que puede estar presente en la EC, hay que tenerla en cuenta cuando los pacientes son diagnosticados y abordar este problema con soporte psicológico. En el caso

de los pacientes no diagnosticados de EC, una de las cosas que hay que tener en cuenta es que se puede manifestar una depresión y realmente lo que padece es celiaquía o SGNC.

Que exista este aumento de prevalencia de depresión en pacientes celíacos no diagnosticados puede ser debido a que la EC no tratada está vinculada a una mala absorción de nutrientes interfiriendo en la producción de neurotransmisores y neuromoduladores de monoamina que juegan un papel en la regulación del estado de ánimo y cognitivo (4). Los niveles de aminoácidos según los resultados, se mantienen bajos después de la instauración de la DSG con lo que podría ser una causa para que se persistiese la depresión en estos pacientes. Se podría proponer una suplementación de vitamina B y la ingesta de DHA y EPA ya que se correlaciona con una mejora de los síntomas depresivos y tener un menor riesgo de padecer trastorno de depresión mayor. (4,13,48).

No se encuentra claridad entre la asociación de la adherencia a la dieta y la mejora de los síntomas depresivos o la calidad de vida, aunque la mayoría de los estudios observan que la DSG mejora a largo plazo los síntomas depresivos, pero, tiene un efecto negativo en la calidad de vida.

La mejora que se produce en los síntomas depresivos tras una larga instauración de la DSG, puede ser debida a la restauración de la mucosa intestinal. Aunque el nivel de aminoácidos no alcanzase valores normales (4, 49), después de una larga adherencia a la DSG, se conseguiría un aumento de la absorción de aminoácidos esenciales para el estado de ánimo. La adherencia a la dieta influye en el estado de ánimo, ya que la insuficiente o nula adherencia a la misma supondría un empeoramiento en la mucosa intestinal favoreciendo la mala absorción mencionada anteriormente y aumentando el riesgo de padecer depresión (50). Además, una baja adherencia podría ser tanto una causa como una consecuencia de la depresión en la EC (49).

La enfermería tiene un papel fundamental en la enseñanza, cumplimiento y seguimiento de la dieta prescrita, pero, no se deben perder de vista los aspectos psicológicos ya que pueden influir de forma negativa en el cumplimiento del tratamiento.

La disparidad que se presenta en cuanto a si la adherencia a la dieta mejora o no los síntomas depresivos puede ser debido a que el cumplimiento del tratamiento no es el único responsable ni la única solución a la depresión en la EC, ya que pueden existir otros factores añadidos que afectan a la relación de enfermedad celíaca y depresión. En este

sentido, se ha visto que se sigue presentando depresión en pacientes celíacos aun siguiendo la adherencia al tratamiento.

La reducción de la calidad de vida que existe en la EC es uno de los factores que se asocia con la presencia de depresión como consecuencia de esta enfermedad. Hay varias causas que reducen la calidad de vida. No queda claro si la instauración de la DSG mejora o no la calidad de vida como se ha visto anteriormente, y esto puede ser debido a la diferencia entre los estudios realizados y al tipo de paciente estudiado, obteniéndose resultados de mejora en pacientes sintomáticos y no mejorando en el caso de pacientes asintomáticos.

Sí queda claro que los cambios biopsicosociales y en el estilo de vida al que se ven abocados los pacientes celíacos tras su diagnóstico y al que deben de adaptarse rápida y obligadamente, pueden ser causa de la aparición de depresión en la EC (4). Por ello, el personal enfermero debe ejercer un apoyo en el afrontamiento de la enfermedad. La enfermería es un eslabón fundamental en la labor de dar información acerca de la enfermedad, habilidades de afrontamiento y disciplina. Además, existe una necesidad de educación sobre la enfermedad celíaca por parte de los profesionales de la salud hacia los pacientes, para facilitar la comprensión de la dieta, la aceptación y afrontamiento de la enfermedad y disminuir el impacto de la misma y de su tratamiento en la vida diaria; protegiendo a los pacientes del sufrimiento futuro de enfermedades mentales (4, 51). En el caso de las detecciones tardías en adultos, el cambio de hábitos será más brusco y se requiere un proceso de adaptación y aprendizaje en el que debe participar el personal enfermero haciendo un abordaje completo para que la adherencia terapéutica sea plena, evitar los signos y síntomas de la enfermedad, además de posibles complicaciones. Es necesario que el personal enfermero tenga una mayor información y concienciación de la EC para poder llevar a cabo una labor educativa y de detección de síntomas relacionados con la enfermedad (52). Por otro lado, padecer depresión durante la EC reduce en mayor medida la calidad de vida y con ello se refuerza la teoría de que se deben valorar y tratar los síntomas psicológicos durante la esta enfermedad.

No se han encontrado trabajos enfermeros que estudien la relación entre EC y depresión, sin embargo, según los resultados obtenidos, será de vital importancia abordar la esfera psicológica de pacientes con EC que siguen una DSG y presenten trastornos psicológicos o no. El abordaje psicológico tendrá un efecto beneficioso en los pacientes que padezcan depresión, ya que les ayuda a mejorar la adherencia a la dieta, los síntomas gastrointestinales y la calidad de vida, además de evitar las complicaciones y

enfermedades asociadas a la EC no tratada (4,47). Este abordaje también debe realizarse incluso a pacientes que no padezcan depresión para prevenir su aparición.

La comorbilidad de EC con otra enfermedad crónica asociada debe tenerse también en cuenta, para realizar el correcto abordaje psicológico a los pacientes celíacos que la padezcan.

Las diferencias en cuanto al género, pueden ser de ayuda en el diagnóstico precoz tanto de celiaquía como de depresión, considerando a las mujeres como pacientes de riesgo para padecer alguna de las dos patologías. Además, debe ser diferente el abordaje psicosocial entre hombres y mujeres.

En cuanto a la relación entre la depresión y la SGNC, confirmada en varios estudios, podría analizarse de la misma forma que se ha hecho con la EC. No se encuentran diferencias en cuanto a la calidad de vida de pacientes celíacos y con SGNC, con lo que se deberán utilizar las mismas estrategias que con los pacientes celíacos. La no existencia de marcadores para el diagnóstico de esta afección pone en relevancia que la detección de este tipo de pacientes será más difícil. El ámbito emocional es uno de los más importantes para la detección precoz de la SGNC. A esto se añade que este tipo de paciente acude en menor medida al personal sanitario, posiblemente porque no consideran la SGNC como patología pertinente de atención sanitaria. Los profesionales sanitarios deberán guiarse por la sintomatología que padecen con la ingesta de gluten, siendo una de las más importantes, la depresión. Además, el personal de enfermería debe ser capaz de captar a este tipo de pacientes para poder realizar un diagnóstico adecuado, abordarles correctamente de manera biopsicosocial y darles la información adecuada para la dieta. Habrá que tener en cuenta que muchos de estos pacientes ya realizan dietas de manera voluntaria pero que no están pautadas por profesionales sanitarios. Aun así, probablemente aceptaran mejor la DSG.

Dado que no hay estudios que expliquen cómo se desarrolla el mecanismo entre celiaquía y depresión, se requiere más investigación que clarifique la controversia acerca de la relación causal de depresión en la EC.

La SGNC es una patología muy poco estudiada hasta la actualidad y existen muy pocos trabajos que relacionen esta afección con los trastornos mentales como la depresión. Habrá que ampliar la investigación acerca de las nuevas manifestaciones de gluten que están aumentando en prevalencia como es la sensibilidad al gluten, e indagar, igualmente,

sobre la asociación que esta tiene con la depresión. El diagnóstico y tratamiento de estas patologías en infradiagnóstico, podría ayudar a reducir la prevalencia de depresión en la población.

Faltan estudios en donde las enfermeras, que tienen acceso a controlar la dieta de este tipo de pacientes, estén atentas y hagan una detección precoz de problemas depresivos que pueden aparecer en la celiaquía. El escaso número de estudios identificados y la nulidad de estudios encontrados que impliquen actividades de enfermería para abordar biopsicosocialmente al paciente celiaco, pone de relevancia la necesidad de futuros estudios y de realizar un plan de cuidados que aborde todas las esferas del paciente celiaco. La enfermería tiene la oportunidad de implicarse de forma activa en la atención psicológica del paciente celiaco.

Como limitación en esta revisión destacar que no se ha podido acceder a todos los artículos en texto libre, pudiendo haber sido excluida información relevante.

CONCLUSIONES

La depresión se presenta con mayor frecuencia y severidad entre los pacientes celíacos que en la población general.

No se ha encontrado una única causa directa entre depresión y celiaquía.

Algunas de las causas que se apuntan para la aparición, permanencia o desaparición de la depresión en la EC son: el retraso diagnóstico, la malabsorción, el cumplimiento o no de la dieta y la reducción de la calidad de vida.

Tanto la depresión como la EC y sobre todo SGNC, son patologías infradiagnosticadas con lo que pueden confundirse las manifestaciones y contribuir a retrasar el diagnóstico y tratamiento de las dos patologías.

Es de vital importancia abordar la esfera psicológica de pacientes con EC que siguen una DSG y presenten trastornos psicológicos o no.

El abordaje psicológico tendrá un efecto beneficioso en los pacientes que padezcan depresión, ya que les ayuda a mejorar la adherencia a la dieta, los síntomas gastrointestinales y la calidad de vida, además de evitar las complicaciones y enfermedades asociadas a la EC no tratada. Este abordaje también debe realizarse incluso a pacientes que no padezcan depresión para prevenir su aparición.

Con respecto a la SGNC, aunque su detección es más difícil por la ausencia de marcadores para el diagnóstico, la depresión será un indicador al que los profesionales sanitarios deben de prestar atención.

Enfermería debe de abordar los problemas físicos y sociales de las afecciones relacionadas con el gluten, ayudando en el cumplimiento del tratamiento, dando información y habilidades de afrontamiento y apoyando en la aceptación de la enfermedad, pero no se debe de olvidar el abordaje de los aspectos psicológicos.

Dado que no hay estudios que expliquen cómo se desarrolla el mecanismo entre las afecciones relacionadas con el gluten y depresión, se requiere más investigación que clarifique la controversia acerca de la relación causal de depresión en la EC y en la SGNC.

AGRADECIMIENTOS

La realización de este trabajo me ha aportado mucho a nivel académico, pero también a nivel personal y me gustaría agradecer a todas las personas que han participado directa o indirectamente en su realización.

En primer lugar, a mi tutora, Pilar, por todo el tiempo que me ha dedicado, sus consejos y aportaciones.

A todos mis compañeros de carrera, especialmente a dos compañeras que, a pesar de no tener mucho contacto durante este periodo, sé que están y estarán ahí siempre por todos los momentos que hemos compartido. También a mis compañeras de vestuario y prácticas de los últimos rotatorios por compartir preocupaciones e inquietudes.

A mi novio, por apoyarme y escucharme, hacerme reír y ayudarme a desconectar.

A mis amigos de siempre, y a los que, a pesar de no ser los de siempre, se han convertido en poco tiempo en personas muy importantes. Gracias por todo lo que me habéis aportado.

Por último, agradecer a mi familia su cariño y comprensión demostrado día a día. En especial a mi tía, y como no, a mi madre, la inspiración para este trabajo y sin la que no hubiese sido posible su realización. Gracias por tu apoyo incondicional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez O.A.I, Martínez G.R.M, Quiles B.M.J, Majid Abu Naji J.A, González I.M.J. Enfermedad celiaca y nuevas patologías relacionadas con el gluten. Nutr Hosp. [serie en internet] 2016 [citado 19 enero 2017]; 33(4):45-49. Disponible en: <http://bit.ly/2ozmUPL>
2. Navalón-Ramon E, Juan-García Y, Pinzón-Rivadeneira A. Prevalencia y características de la enfermedad celíaca en la fachada mediterránea peninsular. Semergen. [serie en internet] 2016 [citado 19 enero 2017]; 42(8):514-522. Disponible en: <http://bit.ly/2ozfexb>
3. Rodríguez S.L. Enfermedad celiaca Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2010;34(2) Disponible en: <http://bit.ly/2q402sd>
4. Rodrigo L, Salvador P.A. Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten no celíaca. 1a ed. España: OmniaScience: [Internet] 2013 [citado 19 enero 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2pqlBGZ>
5. WGO Global Guidelines. Celiac Disease. [página principal de internet] Milwaukee: World Gastroenterology Organisation; c2016 [actualizado jul 2016; citado 20 enero 2017] Disponible en: <http://bit.ly/2p9Ne67>
6. FACE: Federación de Asociaciones de Celiacos de España [Internet] España: FACE; c2017 [citado 20 enero 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/1jpJ9Nh>
7. Leffler AD, Peter Green H. R. P, Fasano A. Extraintestinal manifestations of coeliac disease. Gastroenterol. Hepatol. [serie en internet] 2015 [citado 20 enero]; 12: p. 561–571. Disponible en: <http://go.nature.com/2oVJKE8>
8. Pelkowski D T, Viera J A. Celiac Disease: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. [serie en internet] 2014 [citado 20 enero 2017]; 89(2): p.99-105. Disponible en: <http://bit.ly/2ozwUc3>
9. Wilches L.A, Gómez López de Mesa C. Enfermedad celíaca en niños. Rev Col Gastroenterol. [serie en internet] 2010 [citado 20 enero 2017]; 25(2): 204-213. Disponible en: <http://bit.ly/2oBB42c>
10. Polanco A.I, Ribes K.C. Enfermedad Celiaca. En: AEP, SEGHN. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHN-AEP. [Internet]Madrid: ERGON; 2010. [citado 20 enero 2017] p. 37-45 Disponible en: <http://bit.ly/1OqPYEE>
11. Gomollón F. Enfermedad celiaca (sensibilidad al gluten). En: Montoro M.A, García Pagán J.C. Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la

- práctica clínica. [Internet] Madrid: Jarpyo Editores; 2012. [citado 22 enero 2017] p.331-346. Disponible en: <http://bit.ly/2oBz5uJ>
12. Pelegrí CC, Soriano del Castillo JM, Mañes VJ. Calidad de vida y proceso diagnóstico en celíacos adultos de la Comunidad Valenciana. Nutr Hosp. [serie en internet] 2012[citado 3 febrero 2017];27(4): p.1293-1297. Disponible en: <http://bit.ly/2pq1TLA>
 13. Martínez BA, Polanco L. Alteraciones neuropsicológicas en la enfermedad celíaca. NEUROL [serie en internet] 2002 [citado 3 febrero 2017]; 34 (1): 24-33. Disponible en: <http://bit.ly/2pTrT1M>
 14. Weitz RC, Brain SM, De la Barra CP, Iglesias BS, Deck LM, Rojas HP. Prevalencia de depresión en pacientes adultos con enfermedad celíaca. Gastroenterol. Latinoam. [serie en internet] 2013 [citado 3 febrero 2017]; 24(1): 9-13. Disponible en: <http://bit.ly/2q4bC6A>
 15. Addolorato G, Leggio L, D'Angelo C, Mirijello A, Ferrulli A, et al. Affective and Psychiatric Disorders in Celiac Disease. Dig Dis [serie en internet] 2008 [citado 3 febrero]; 26: p.140-148. Disponible en: <http://bit.ly/2p9IEFh>
 16. Jackson R.J, Eaton W.W, Cascella G.N, Fasano A, Kelly L.D. Neurologic and Psychiatric Manifestations of Celiac Disease and Gluten Sensitivity. Psychiatr Q. [serie en internet] 2012 [citado 25 enero 2017];83(1):91–102 Disponible en: <http://bit.ly/2mNy06a>
 17. Carta G.M, Hardoy C.M, Boi F.M, Mariotti S, Carpiello B, et al. Association between panic disorder, major depressive disorder and celiac disease. A possible role of thyroid autoimmunity. J Psychosom Res [serie en internet] 2002 [citado 11 febrero 2017]; 53 (3):789-793. Disponible en: <http://bit.ly/2q3Vge8>
 18. OMS. Centro de prensa. Trastornos mentales. [página principal en internet] OMS; c2016 [actualizado jul 2016; citado 3 febrero 2017] [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://bit.ly/1QZDFuw>
 19. Bones RK, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols EJ. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. Psicothema [serie en internet] 2010 [citado 3 febrero 2017]; 22(3):389-395. Disponible en: <http://bit.ly/2oBIC6k>

20. OMS. Centro de prensa. Depresión. [página principal en internet] OMS; c2016[actualizado abril 2016; citado 3 febrero 2017] [aprox. 3 pantallas] Disponible en: <http://bit.ly/1xq3zR6>
21. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06. [citado 3 febrero 2017] Disponible en: <http://bit.ly/1VgMS86>
22. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, [citado 20 febrero 2017] 2013. Disponible en: <http://bit.ly/2pq7Ckr>
23. Khoshbaten M, Nejad MR, Sharifi N, Fakhari A, Golamnejad M, Hashemi SH, et al. Celiac disease in patients with chronic psychiatric disorders. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. 2012; 5(2):90-93.
24. Campagna G, Pesce M, Tatangelo R, Rizzuto A, Fratta IL, Grilli A. The progression of coeliac disease: its neurological and psychiatric implications. *Nutr Res Rev*. 2016; 1-11.
25. Carta MG, Conti A, Lecca F, Sancassiani F, Cossu G, Carruxi R, et al. The Burden of Depressive and Bipolar Disorders in Celiac Disease. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH*. 2015; 11:180-185.
26. Zingone F, Swift GL, Card TR, Sanders DS, Ludvigsson JF, Bai JC. Psychological morbidity of celiac disease: A review of the literature. *United Eur Gastroenterol J*. 2015; 3(2):136-145.
27. Porcelli B, Verdino V, Bossini L, Terzuoli L, Fagiolini A. Celiac and non-celiac gluten sensitivity: a review on the association with schizophrenia and mood disorders. *Auto-Immun Highlights*. 2014; 5(2):55-61.
28. van Hees NJM, Giltay EJ, Tieleman SMAJ, Geleijnse JM, Puvill T, Janssen N, et al. Essential amino acids in the gluten-free diet and serum in relation to depression in patients with celiac disease. *PloS One*. 2015; 10(4): e0122619. doi:10.1371/journal.pone.0122619
29. van Hees NJM, Giltay EJ, Geleijnse JM, Janssen N, van der Does W. DHA Serum Levels Were Significantly Higher in Celiac Disease Patients Compared to Healthy Controls and Were Unrelated to Depression. *PLoS ONE [Internet]*. 2014 [citado

- 17 de marzo de 2017];9(5). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4026409/>
30. Arigo D, Anskis AM, Smyth JM. Psychiatric comorbidities in women with celiac disease. *Chronic Illn.* 2012; 8(1):45-55.
 31. van Hees NJM, Van der Does W, Giltay EJ. Coeliac disease, diet adherence and depressive symptoms. *J Psychosom Res.* 2013; 74(2):155-60.
 32. Barratt SM, Leeds JS, Sanders DS. Factors influencing the type, timing and severity of symptomatic responses to dietary gluten in patients with biopsy-proven coeliac disease. *J Gastrointest Liver Dis JGLD.* 2013; 22(4):391-6.
 33. Martínez Cerezo FJ, Castillejo G, Guillen N, Morente V, Simó JM, Tena FJ, et al. Alteraciones psicológicas en pacientes con enfermedad celiaca del adulto. *Gastroenterol Hepatol.* 2014; 37(4):240-5.
 34. Sainsbury K, Mullan B, Sharpe L. Reduced quality of life in coeliac disease is more strongly associated with depression than gastrointestinal symptoms. *J Psychosom Res.* 2013; 75(2):135-41.
 35. Sainsbury K, Mullan B, Sharpe L. Gluten free diet adherence in coeliac disease. The role of psychological symptoms in bridging the intention-behaviour gap. *Appetite [Internet].* 2013 [citado 17 de marzo de 2017]; 61:52-58. Disponible en: <http://bit.ly/2pq7Ckr>
 36. Melicharova J, Slavik M, Cervinkova M. Psychological Aspects in Celiac Disease: Step by Step from Symptoms to Daily Life with Celiac Disease. *Int J Celiac Dis Int J Celiac Dis.* 2016; 4(2):64-67.
 37. Rose C, Howard R. Living with coeliac disease: a grounded theory study. *J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc.* 2014; 27(1):30-40.
 38. Ford S, Howard R, Oyeboode J. Psychosocial aspects of coeliac disease: a cross-sectional survey of a UK population. *Br J Health Psychol.* 2012; 17(4):743-757.
 39. Chiu CL, Hearn NL, Lind JM. Development of a Risk Score for Extraintestinal Manifestations of Coeliac Disease. *Medicine (Baltimore).* 2016; 95(15): e3286.
 40. Smith DF, Gerdes LU. Meta-analysis on anxiety and depression in adult celiac disease. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 125(3):189-193.
 41. Rubio-Tapia A, ansson-Knodell LC, Rahim WM, See AJ, Murray AJ. Influencia del género en la presentación clínica y enfermedades asociadas en adultos con enfermedad celíaca (EC). *Gac Med Mex. [Internet]* 2016 [citado 17 de marzo de 2017]; 152:38-46. Disponible en: <http://bit.ly/2pXnqeD>

42. Silvester JA, Weiten D, Graff LA, Walker JR, Duerksen DR. Living gluten-free: adherence, knowledge, lifestyle adaptations and feelings towards a gluten-free diet. *J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc.* 2016; 29(3):374-382.
43. Peters SL, Biesiekierski JR, Yelland GW, Muir JG, Gibson PR. Randomised clinical trial: gluten may cause depression in subjects with non-coeliac gluten sensitivity - an exploratory clinical study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014; 39(10):1104-1112.
44. Di Sabatino A, Volta U, Salvatore C, Biancheri P, Caio G, De Giorgio R, et al. Small Amounts of Gluten in Subjects With Suspected Nonceliac Gluten Sensitivity: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Cross-Over Trial. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc.* 2015; 13(9):1604-1612.
45. Brottveit M, Vandvik PO, Wojnusz S, Løvik A, Lundin KE, Boye B. Absence of somatization in non-coeliac gluten sensitivity. *Scand J Gastroenterol.* 2012; 47(7):770-777.
46. Ludvigsson JF, Reutfors J, Ösby U, Ekbom A, Montgomery SM. Coeliac disease and risk of mood disorders — A general population-based cohort study. *J Affect Disord.* 2007; 99(1–3):117-126.
47. Addolorato G, De Lorenzi G, Abenavoli L, Leggio L, Capristo E, Gasbarrini G. Psychological support counselling improves gluten-free diet compliance in coeliac patients with affective disorders. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004; 20(7):777-782.
48. Lespérance F, Frasere-Smith N, St-André E, Turecki G, Lespérance P, Wisniewski SR. The efficacy of omega-3 supplementation for major depression: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 2011; 72(8):1054-1062.
49. Hallert C, Sedvall G. Improvement in central monoamine metabolism in adult coeliac patients starting a gluten-free diet. *Psychol Med.* 1983; 13(2):267-271.
50. Addolorato G, Mirijello A, D'Angelo C, Leggio L, Ferrulli A, Abenavoli L, et al. State and trait anxiety and depression in patients affected by gastrointestinal diseases: psychometric evaluation of 1641 patients referred to an internal medicine outpatient setting. *Int J Clin Pract.* 2008; 62(7):1063-1069.
51. Rovira F, Mar M del, Latorre Fernández I. Abriendo puertas: conociendo a un celiaco. *Index Enferm.* 2010; 19(4):264-268.

52. Ferre R.M.M. Enfermería con el paciente celiaco: salud, calidad de vida y seguridad para el celiaco. En: Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud. La seguridad del paciente en el área de Enfermería Comunitaria. Granada: SATSE Andalucía; 2014.

ANEXOS

Anexo I.- Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Fuente: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06. p.40*

Anexo II.- Artículos seleccionados.

Título/ Autor /Año	Tipo de Estudio	Resultados
<p>Essential amino acids in the gluten-free diet and serum in relation to depression in patients with celiac disease.</p> <p>van Hees NJ., Giltay EJ., Tielemans SM., Geleijnse JM., Puvill T., et al. 2015</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Los niveles en suero de tirosina, fenilamina y triptófano son menores en pacientes con EC además de la ingesta de proteínas vegetales que en los controles sanos. Los resultados concluyen que la presencia de trastorno depresivo mayor no está asociada con la ingesta o presencia en suero de los aminoácidos esenciales.</p>
<p>DHA serum levels were significantly higher in celiac disease patients compared to healthy controls and were unrelated to depression.</p> <p>van Hees NJ, Giltay EJ, Geleijnse JM, Janssen N, van der Does W. 2014</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>No hubo diferencias significativas en la ingesta ni en los niveles suero de ácido eicosapentaenoico EPA y DHA entre pacientes con EC que presentan trastorno de depresión mayor o no y controles sanos. El ácido docosahexanoico (DHA) es significativamente más alto en el suero de pacientes con EC comparado con los controles sanos, pero esto no presenta relación con el trastorno de depresión mayor.</p>
<p>Alteraciones psicológicas en paciente con enfermedad celiaca del adulto.</p> <p>Martínez FJ C, Castillejo G, Guillen N, Morente V, Simó JM, et al. 2014</p>	<p>Estudio analítico</p>	<p>Se estudia el efecto de la DSG en los pacientes con EC. Se presentan alteraciones psicológicas cuya intensidad está relacionada con la sintomatología gastrointestinal, que mejora después de seis meses de instauración de la DSG.</p>

<p>Factors influencing the type, timing and severity of symptomatic responses to dietary gluten in patients with biopsy-proven coeliac disease.</p> <p>Barratt SM, Leeds JS, Sanders DS. 2013</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>En el estudio se concluye que, tras la instauración de la DSG, los síntomas gastrointestinales se presentan más rápidamente con la exposición al gluten que previamente a la dieta. La depresión aumenta la velocidad de aparición y gravedad de síntomas gastrointestinales.</p>
<p>Reduced quality of life in coeliac disease is more strongly associated with depression than gastrointestinal symptoms.</p> <p>Sainsbury K, Mullan B, Sharpe L. 2013</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Se realizan dos estudios en este trabajo en los que se concluye que una baja CV está relacionada con una mayor incidencia de síntomas psicológicos y gastrointestinales, mayor dependencia de las estrategias de afrontamiento y menor adherencia a la DSG. Los síntomas psicológicos y la adherencia a la DSG reducen más la CV que los síntomas gastrointestinales.</p>
<p>Coeliac disease, diet adherence and depressive symptoms.</p> <p>van Hees NJ, Van der Does W, Giltay EJ. 2013</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Los resultados afirman una prevalencia de depresión del 39% en la EC. La comorbilidad con otras enfermedades aumenta el riesgo de padecer depresión. Una adherencia a la DSG no se asocia con síntomas depresivos presentes y mantener la DSG durante más de 5 años se asocia con menos síntomas de depresión comparado con adherencia a la dieta durante menos de 2 años.</p>
<p>Meta-analysis on anxiety and depression in adult celiac disease.</p> <p>Smith, D. F, Gerdes, L. U. 2012</p>	<p>Meta-análisis</p>	<p>Examinan estudios que tratan sobre desordenes emocionales en adultos con EC. La depresión es más común y es más grave en EC que en controles sanos, aunque según los resultados, se asemeja a la condición en otras enfermedades físicas. Los mecanismos que median los trastornos emocionales en la enfermedad celíaca del adulto no son específicos.</p>

<p>Psychiatric comorbidities in women with Celiac Disease.</p> <p>Arigo D, Anskis M A, Smyth M J. 2012</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Se estudia el riesgo psiquiátrico y las comorbilidades en las mujeres con EC. A pesar de adherirse en gran medida a la DSG, un porcentaje sustancial de mujeres con EC presenta síntomas clínicamente relevantes de depresión; tales síntomas están asociados con un aumento de la angustia psicosocial en otros dominios de la vida.</p>
<p>Psychological morbidity of celiac disease: A review of the literature.</p> <p>Zingone F, Swift LG, Card RT, Sanders S D, Ludvigsson FJ, Bai CJ. 2014</p>	<p>Revisión</p>	<p>Son incluidos artículos desde el año 1900 hasta 2014. La ansiedad, la depresión y la fatiga son quejas comunes en pacientes con EC no tratada y contribuyen a una menor calidad de vida. Algunas de estas pueden mejorar después de comenzar una dieta libre de gluten, aunque algunos pacientes siguen sufriendo una significativa morbilidad psicológica. Los síntomas psicológicos pueden afectar a la calidad de vida y la adherencia dietética. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de la carga psicológica continua de la EC para apoyar a estos pacientes.</p>
<p>The Burden of Depressive and Bipolar Disorders in Celiac Disease.</p> <p>Giovanni C M, Conti A, Lecca F, Sancassiani F, Cossu G. Et al. 2015</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Se compara población celiaca con controles sanos y se concluye que el trastorno bipolar, la depresión mayor y el trastorno del pánico están estrictamente asociados con la EC. La comorbilidad de EC con estos trastornos es el determinante clave del deterioro de la calidad de vida en la celiaquía.</p>

<p>The progression of coeliac disease: its neurological and psychiatric implications.</p> <p>Campagna G, Pesce M, Tatangelo R, Rizzuto A. 2016</p>	<p>Revisión</p>	<p>El objetivo del trabajo fue mostrar los diversos síntomas neurológicos y psiquiátricos en la EC y la importancia de la DSG. Importancia de diagnosticar la EC precozmente, dado que el retraso diagnóstico pueden causar graves implicaciones en el sistema nervioso. Se debe seguir una terapia nutricional para evitar estas complicaciones. Los síntomas neuropsiquiátricos pueden representar una manifestación atípica de la CD que ocurre antes del diagnóstico gastroenterológico y la introducción de la dieta causa una mejora significativa en el estado mental. La DSG es eficaz en el tratamiento de la depresión, la ansiedad y las complicaciones neurológicas asociadas con EC.</p>
<p>Psychological Aspects in Celiac Disease: Step by Step from Symptoms to Daily Life with Celiac Disease.</p> <p>Melicharova J, Slavik M, Cervinkova M. 2016</p>	<p>Revisión</p>	<p>Se incluyeron artículos desde 2005 a 2015. Es una revisión de los aspectos psicológicos en las fases de EC. Concluye que se debe prestar mayor atención a los períodos de proceso diagnóstico y la aceptación. Se encuentran pocos estudios que se centran en los aspectos psicológicos de la enfermedad y está subestimado. Hasta ahora la DSG es la única opción de tratamiento y esta afecta a la calidad de vida. El conocimiento de los aspectos psicológicos y las posibles intervenciones posteriores pueden mejorar la aceptación y el cumplimiento de la DFG. Es importante una comunicación suficiente y dar una adecuada información en cantidad y calidad apropiadas.</p>
<p>Development of a Risk Score for Extraintestinal Manifestations of Coeliac Disease.</p> <p>Chiu LC, Hearn LN, Lind MJ. 2015</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>El objetivo de este estudio fue identificar indicadores de EC, más allá de los conocidos síntomas gastrointestinales. Se encuentra asociación entre EC e historia familiar de EC, trastornos autoinmunes, intolerancia a la lactosa y depresión. Estos síntomas adicionales proporcionan una herramienta adicional de cribado para valorar si el paciente requiere pruebas de seguimiento para EC.</p>

<p>Living with coeliac disease: a grounded theory study.</p> <p>Rose C, Howard R. 2014</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Se crea un modelo psicosocial a partir de los resultados obtenidos sobre cómo es la vida con EC. Se experimenta duelo por la pérdida de la dieta normal, de la identidad personal y social, de la confianza social y de actividades sociales. Esto fue mitigado con los reajustes en el estilo de vida e identidad. Crear o hacerse parte de una comunidad celíaca es una estrategia que permite a los pacientes con EC restablecer sus identidades, aumentar el reconocimiento social y la aceptación de su condición.</p>
<p>Influencia del género en la presentación clínica y enfermedades asociadas en adultos con enfermedad celiaca. dad celíaca (EC).</p> <p>Rubio-Tapia A, Jansson-Knodell CL, Rahim MW, See JA, Murray JA. 2016.</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Se estudia la influencia del género en la presentación clínica y enfermedades asociadas a la EC. Las mujeres fueron diagnosticadas a una edad más temprana. La prevalencia de los siguientes síntomas fue más alta en las mujeres: náuseas/vómitos, constipación y malestar general/fatiga. Las heces con grasa fueron más frecuentes en hombres. Las enfermedades autoinmunes asociadas fueron más frecuentes en mujeres. Al igual que la depresión, la osteoporosis y la fibromialgia.</p>
<p>Celiac disease in patients with chronic psychiatric disorders.</p> <p>Khoshbaten M, Rostami N M, Sharifi N, Fakhari A, Golannejad M, et al. 2012</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Estudio realizado en individuos diagnosticados de depresión o esquizofrenia a los que se les realiza screening de celiaquía junto con controles sanos. Se obtiene una prevalencia mayor de celiaquía en el grupo de depresión, pero los resultados no son estadísticamente significativos.</p>
<p>Psychosocial aspects of coeliac disease: A cross-sectional survey of a UK population.</p> <p>Ford S, Howard R, Oyeboode, J. 2012</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>El objetivo fue explorar las percepciones y las creencias de autoeficacia en adultos con EC. Creer en las consecuencias de la EC y tener poca reacción emocional a esta condición mejora la calidad de vida. Tener control personal y una mayor comprensión percibida de la EC se asociaron con mayor autoeficacia.</p>

<p>Gluten free diet adherence in coeliac disease. The role of psychological symptoms in bridging the intention–behaviour gap.</p> <p>Sainsbury K, Mullan B, Sharpe L.</p> <p>2013</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Se estudia el papel potencial de los síntomas psicológicos en la limitación para una intención positiva hacia la adherencia estricta a la DSG en la EC medido con la teoría del comportamiento planificado. Esta teoría (combinada con la severidad de síntomas, conocimiento y género) predijo una variación significativa tanto las intenciones de comportamiento (46%) como de la adhesión a la DSG (33%).</p>
<p>Randomised clinical trial: gluten may cause depression in subjects with non-coeliac gluten sensitivity – an exploratory clinical study.</p> <p>Peters S. L., Biesiekierski J.R., Yelland G. W., Muir J. G, Gibson P. R.</p> <p>2014</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado</p>	<p>El objetivo del estudio fue investigar que el mayor de los efectos del gluten en SGNC es en el estado mental y no en los síntomas gastrointestinales. La ingestión de gluten se asocia con depresión comparados con la ingestión de placebo, siendo esta la única alteración detectada tras la ingestión de gluten.</p>
<p>Absence of somatization in non-coeliac gluten sensitivity.</p> <p>Brottveit M, Vandvik PO, Wojniusz S, Løvik A, Lundin KE, Boye B.</p> <p>2012</p>	<p>Ensayo controlado</p>	<p>Se realiza comparación entre pacientes con EC y pacientes que siguen DSG por SGNC o por seguir un estilo de vida saludable. Los pacientes con SGNC refieren más síntomas abdominales y no abdominales al hacer la prueba del gluten. No se encuentra diferencia en la personalidad, nivel de somatización, calidad de vida, ansiedad y depresión entre EC y SGNC.</p>
<p>Celiac and non-celiac gluten sensitivity: a review on the association with schizophrenia and mood disorders.</p> <p>Porcelli B, Verdino V, Bossini L, Terzuoli, Fagiolini A.</p> <p>2014</p>	<p>Revisión</p>	<p>Se revisa la literatura sobre la asociación entre esquizofrenia o trastornos del ánimo y EC/SGNC, destacando las diferencias entre estas asociaciones. Se confirma la asociación entre trastornos psiquiátricos y EC o SGNC, aunque los resultados no siempre son concordantes.</p>

<p>Living gluten-free: adherence, knowledge, lifestyle adaptations and feelings towards a gluten-free diet.</p> <p>Silvester JA, Weiten D, Graff LA, Walker JR, Duerksen DR.</p> <p>2016</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>El objetivo del estudio es evaluar la adherencia, el conocimiento y el impacto emocional y en el estilo de vida de la DSG en pacientes celiacos y pacientes que siguen la dieta debido a SGNC. La DSG tiene su mayor impacto en la vida social y es necesario su abordaje además de estrategias de educación. Los pacientes no celiacos responden con menos depresión a la DSG y consultan menos a los profesionales sanitarios que los celiacos.</p>
<p>Small amounts of gluten in subjects with suspected nonceliac gluten sensitivity: a randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over trial.</p> <p>Di Sabatino A, Volta U, Salvatore C, Biancheri P, Caio G, De Giorgio R et al.</p> <p>2015</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado</p>	<p>Determinar los efectos que tiene la administración de bajas dosis de gluten en individuos susceptibles de tener SGNC. Se incrementa la severidad de los síntomas gastrointestinales y emocionales después de una semana de ingesta de gluten en comparación con placebo.</p>

Fuente: Elaboración propia